



Przychodnia Medycyny Rodzinnej "Skarbowa"

ZAPOTRZEBOWANIE NA LEKI

imię i nazwisko

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL pacjenta

Oświadczam, że w dniu wystawienia recept na leki nie przebywam w żadnej innej placówce medycznej, która ma podpisaną umowę z NFZ.

data

podpis pacjenta

Proszę o wystawienie przez:

imię i nazwisko lekarza

recept na stale przyjmowane przeze mnie leki:

1. _____
lek, dawka, ilość opakowań

2. _____
lek, dawka, ilość opakowań

3. _____
lek, dawka, ilość opakowań

4. _____
lek, dawka, ilość opakowań



Przychodnia Medycyny Rodzinnej "Skarbowa"

ZAPOTRZEBOWANIE NA LEKI

imię i nazwisko

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL pacjenta

Oświadczam, że w dniu wystawienia recept na leki nie przebywam w żadnej innej placówce medycznej, która ma podpisaną umowę z NFZ.

data

podpis pacjenta

Proszę o wystawienie przez:

imię i nazwisko lekarza

recept na stale przyjmowane przeze mnie leki:

1. _____
lek, dawka, ilość opakowań

2. _____
lek, dawka, ilość opakowań

3. _____
lek, dawka, ilość opakowań

4. _____
lek, dawka, ilość opakowań



Przychodnia Medycyny Rodzinnej "Skarbowa"

ZAPOTRZEBOWANIE NA LEKI

imię i nazwisko

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL pacjenta

Oświadczam, że w dniu wystawienia recept na leki nie przebywam w żadnej innej placówce medycznej, która ma podpisaną umowę z NFZ.

data

podpis pacjenta

Proszę o wystawienie przez:

imię i nazwisko lekarza

recept na stale przyjmowane przeze mnie leki:

1. _____
lek, dawka, ilość opakowań

2. _____
lek, dawka, ilość opakowań

3. _____
lek, dawka, ilość opakowań

4. _____
lek, dawka, ilość opakowań

